

福島県広域予防接種委託料請求書

年 月 日

平田村長 様

所 在 地

医 療 機 関 名

代 表 者 名

印

年 月実施の予防接種に関する委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 ￥ 円

内訳

予防接種の種類		人 数	単 価	自己負担額	金 額
三種混合			5,800		
二種混合	I 期		6,200		
	II 期		6,200		
麻しん及び風しん	I 期		10,300		
	II 期		10,300		
麻しん	I 期		7,500		
	II 期		7,500		
風しん	I 期		7,500		
	II 期		7,500		
日本脳炎	I 期		7,700		
	II 期		7,700		
B C G			11,100		
インフルエンザ	一般		5,100	1,000	
	生保		5,100	0	
急性灰白髄炎（ポリオ）			10,400		
四種混合			11,600		
H i b 感染症			9,900		
五種混合			20,100		
小児の肺炎球菌感染症			12,100		
子宮頸がん予防ワクチン	2価・4価		16,800		
	9 価		29,800		
水痘			9,100		
高齢者の肺炎球菌感染症	一般		8,500	2,400	
	生保		8,500	0	
B 型肝炎			6,700		
ロタウイルス	1 価		15,000		
	5 価		10,000		
新型コロナウイルス感染症	一般		15,300	4,600	
	生保		15,300	0	
帯状疱疹（生）	一般		8,500	2,500	
	生保		8,500	0	
帯状疱疹（組換え）	一般		21,800	6,500	
	生保		21,800	0	
予診のみ			1,000		
計					

振込先

金融機関名	銀行		本・支店
口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他		口座番号
(フリガナ)			
口座名義人			